

Gäller för: Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård, Verksamhet Medicin barn

Giltig från: 2025-03-11

Innehållsansvar: Katarina "Katrinn" Adrian, (katad1), Överläkare

Giltig till: 2027-03-11

Granskad av: Mohammed Al-Azzawe, (mohal12), Överläkare

Godkänd av: Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

# ÖNH på DSBS - abscesser och andra infektioner

## Förändringar sedan föregående version

Ändrad titel, tidigare titel: ÖNH på DSBUS – lymfadenit, etmoidit och mastoidit.

Kommunikation

Svälttider

Provtagning

Otit/sinuit i kombination med neurologiska symtom

Retrofaryngeal, parafaryngeal, peritonsillär abscess

Bakteriell tracheit

## Bakgrund och syfte

Att beskriva en rutin för hur Öron-Näsa-Hals (ÖNH) - kliniken och DSBS gemensamt handlägger patienter med lymfadenit, etmoidit och mastoidit, otit/sinuit i kombination med neurologiska symtom, abscesser i halsen samt bakteriell tracheit.

## Utförande

### Kontakt ÖNH

ÖNH-konsult Östra: 29160. Finns vanligtvis tillgänglig vardagar.

Kontaktas i första hand.

Primärjour ÖNH SS: 29191. Finns tillgänglig dagligen.

Önskemål om klinisk patientbedömning: Remiss faxas till ÖNH-mott (fax: 031-338 87 96). Remissen behöver innehålla relevant anamnes, relevanta undersökningsfynd och en tydlig frågeställning. En remiss/patient och vårdtillfälle räcker.

Samordnare AKAB ringer ÖNH-mottagningen på Östra tisdagar och torsdagar för att boka tid och till ssk-telefon SU/S 21228 övriga dagar, samt till ÖNH konsult Östra 29160 alla dagar.

Vardagar sker ÖNH-bedömning på Östra Sjukhuset och helger i första hand på ÖNH-kliniken, Sahlgrenska. Om det inte anses medicinskt säkert eller av annat skäl inte går att skicka patienten så skall bedömning göras på barnkliniken, i första hand av bakjour på ÖNH-kliniken. I de fall där man redan innan helgen vet att man behöver en klinisk bedömning under helgen tas kontakt med helgens bakjour på ÖNH på fredag eftermiddag.

### **Kontakt DSBUS**

För tidbokning och för kontakt med avdelningsansvarig läkare, ring samordnande sjuksköterska på avdelningen:

Akut korttidsavdelning barn: 031-3435617.

Medicinavdelning barn: 031-3435680.

För nya inläggningar, från ÖNH: Ledningsläkare på Barnakuten: 031-3438201.

### **Inneliggande patienter**

Kontakt tas vid kliniska frågeställningar med konsulten enligt ovan. Eventuell konsultremiss skrivs och faxas vanligen direkt från akutmottagningen.

Barnmedicin är medicinskt ansvariga för patienten men nära samarbete sker med ÖNH-kliniken som skall bistå med konsultation dygnet runt. I vissa typer av traumafall så kan patienterna ligga på Barnkirurgen. I de flesta fall vårdas patienterna på akut korttidsavdelningen men vid längre vårdtider kan även Medicinavdelning Barn vara aktuell.

**Läkemedelsordinationer** (inklusive att pila mediciner) samt receptutfärdande görs i första hand av ansvarig läkare på Barnmedicin. Efter ÖNH-bedömning skall journalanteckning från ÖNH-konsult finnas att tillgå som inkluderar behandlingsrekommendation och handläggning.

**Röntgen och klin-fys-remisser** görs av ansvarig läkare på Barnmedicin.

**Operationsanmälan** görs av ÖNH-konsulten.

**Efter genomförd konsultation** där det är en förändring av vårdplanen tas alltid telefonkontakt med ansvarig läkare på Barnmedicin, ring till avdelningarnas samordnarfunktion (Akut Korttidsavd: 031-343 56 17, Medicinavdelning Barn: 031-343 56 80) för att få telefonnumret till ansvarig läkare.

**Konsultanteckning skall dikteras direkt och sättas på hög prioritet.** Det är viktigt att i anteckningen ta ställning till fortsatt medicinering, nästa planerade undersökning, ev behov av fortsatt inneliggande vård, och eventuell fortsatt uppföljning efter utskrivning. Förmedla tydligt vilka varningstecken som skall uppmärksammas. I vårdtillfällets sista konsultanteckning ska diagnoskoder och åtgärds-koder som speglar vårdförloppet tydligt framgå.

**Svälttider;** meddelas avdelningen i god tid innan operation, men vanligtvis flytande kost fram till ÖNH-bedömning, klara drycker fram till 2 h innan operation.

**Slutanteckning** dikteras av ansvarig läkare på Barnmedicin.

## Lymfadenit

### Etiologi

*Infektiös genes (vanligt förekommande)*

1. Akut bilateral lymfadenit – oftast i samband med viral övre luftvägsinfektion (rhino-, adenovirus m.fl.)
2. Akut ensidig lymfadenit – orsakas oftast av streptokocker eller stafylokocker.
3. Kronisk (över 6 v) bilateral lymfadenit – Epstein-Barr-virus och cytomegalovirus?
4. Kronisk ensidig lymfadenit – orsakas oftast av atypiska mykobakterier eller tuberkulos.
5. Om misstanke på mer ovanliga agens (ex.tularemi, cat scratch disease (*Bartonella spp*), toxoplasmos, brucellos, svampinfektioner, leishmaniasis) kontakta infektionskonsult för diskussion.

*Icke infektiös genes (mindre vanligt förekommande)*

6. Medial halscysta-cystisk förändring mitt fram på halsen i nivå med tungbenet. Rör sig med sväljning.

7. Bindvävssjukdom
8. Leukemi
9. Lymfom
10. Kawasaki sjukdom (feber, konjunktivit, hudutslag, såriga läppar, lymfadenit)
11. PFAPA (periodisk feber, aftös stomatit, faryngit, adenit)
12. Kikuchi (nekrotiserande lymfadenit, feber, hudutslag, huvudvärk)

## Handläggning

*Beakta särskilt:* Duration, lokal, andra associerade symtom (som till exempel allmänpåverkan, viktnedgång, hosta), djurexponering, fästingbett, utlandsresa, läkemedel. Storlek, progress/ regress, ruckbarhet.

### *Barn med gott allmäntillstånd*

13. Akut bilateral cervikal lymfadenit hos opåverkade barn: Oftast tillräckligt med lugnande besked och aktiv exspektans. Symtomlindring. Remiss till vårdcentral för ompalpatation.
14. Barn med små (under 1,5 cm i diameter) akuta ensidiga lymfadeniter kan skötas via primärvården.
15. Större ensidiga infektiösa lymfadeniter kan behandlas med antibiotika. Högdos **Penicillin V (25mg/kg x3)** används i första hand vid misstanke om Grupp A-streptokocker, där svalgodling eller snabb-test är positivt. Övriga patienter behandlas fördelaktigt **med Amoxicillin-klavulansyra (20mg Amoxicillin/kg x3)** eller **klindamycin (5mg/kg x3)**.
16. Vid misstanke om atypiska mykobakterier – remittera till ÖNH i första hand för bedömning. Överväg behov av immunbristutredning särskilt vid återkommande, djupa eller systemiska infektioner.
17. Vid behov av dränering/biopsi: sekret/vävnadsbit: bakteriologisk odling, 16srRNA PCR, TB-odling och PAD är obligata.

### *Barn med påverkat allmäntillstånd*

Barn som är påverkade med ensidig lymfadenit behövs oftast initialt inläggning med intravenös antibiotika. Rekommendation **Cefotaxim 50 mg/kg d3**. Skriv remiss till öronläkare för bedömning nästföljande dag.

Kontrollera temp och CRP, LPK dagligen. Ultraljud bör utföras om oklar genes eller vid misstanke om abscessutveckling.

Val av peroral antibiotika: Efter odlingssvar, annars Amoxicillin-klavulansyra (20mg Amoxicillin/kg x3) eller klindamycin (5mg/kg x3). Total behandlingstid vanligen 10-14 dagar.

## Etmoidit

### Klinik

Svullnad, rodnad, ömhet över öga, vanligtvis ensidigt och vanligtvis mest uttalat medialt.

*Differentialdiagnoser:* preseptal cellulit, allergi, insektbett, hordeolum.

### Handläggning

Inläggning med intravenös antibiotika förslagsvis **Cefotaxim 50 mg/kg d3**, samt Nezeril och Nasonex. Om helt igensvullet öga, uttalad smärta, påverkade ögonrörelser alternativt dubbelseende eller nedsatt visus beställ CT för att utesluta orbitaabscess och kontakta öronkonsult/jour för ställningstagande till akut dränering.

Om ej tydligt kliniskt bättre efter 48 h iv antibiotikabehandling; CT för att utesluta abscess.

*Mikrobiologiska prover vid dränering:* bakteriologisk odling, 16srRNA PCR.

*Om ingen misstanke om abscess*

Skriv remiss för bedömning hos öronläkare nästföljande dag. Kontrollera temp, CRP och LPK dagligen.

*Val av peroral antibiotika*

Efter odlingssvar, annars **Amoxicillin-klavulansyra (20mg Amoxicillin/kg x3)** eller **klindamycin (5mg/kg x3)**. Total behandlingstid vanligen 10-14 dagar.

## Mastoidit

### Klinik

Svullnad, rodnad, ömhet över mastoiden bakom örat. Utstående, rodnad öronmussla. Vanligtvis feber och CRP-stegring. Oftast samtidig otit.

*Differentialdiagnoser:* erysipelas, lymfadenit.

### **Handläggning**

Inläggning med intravenös antibiotika förslagsvis **Cefotaxim 50 mg/kg d3**.

Ring öronkonsult/öronjour. Låt barnet svälta (se *svälttider*) inför operation som vanligtvis utförs inom 12 h.

Prover vid inläggning: CRP, LPK, SR och blododling. Odling från örat om sekretion, annars NPH odling.

*Mikrobiologiska prover vid operation:* sekret/benbit: bakteriologisk odling, 16srRNA PCR. Kontrollera temp x 2, samt CRP, LPK dagligen,

Val av peroral antibiotika när ÖNH konsult bedömer att det är lämpligt: Efter odlings svar, annars **Amoxicillin-klavulansyra (20mg Amoxicillin/kg x3)** eller **klindamycin (5mg/kg x3)**. Total behandlingstid vanligen 10-14 dagar.

## **Otit/sinuit i kombination med neurologiska symtom**

### **Klinik**

Bilateral otit, feber och allmänpåverkat barn och/eller fokalneurologiska symtom ex medvetandepåverkan, facialispares eller anfall

*Differentialdiagnoser:*

### **Handläggning**

Inläggning med intravenös antibiotika förslagsvis **Cefotaxim 50 mg/kg d3**.

Ring öronkonsult/öronjour. Låt barnet svälta (se *svälttider*) inför paracentes som vanligtvis utförs inom 12 h.

Prover vid inläggning: CRP, LPK, SR och blododling.

## **Retrofaryngeal, parafaryngeal, peritonsillär abscess**

### **Klinik**

Allmänpåverkat/smärtpåverkat barn som inte vill röra på nacken och ev håller huvudet snett. Ev inbuktning i svalget med asymmetri. Vanligtvis feber och CRP-stegring. Ibland samtidig otit. *Differentialdiagnoser:* lymfadenit, pansinuit

### **Handläggning**

CT hals för att bekräfta diagnosen

Inläggning med intravenös antibiotika förslagsvis **Cefotaxim 50 mg/kg d3**.

Ring öronkonsult/öronjour. Låt barnet svälta (se *svälttider*) inför operation som vanligtvis utförs inom 12 h.

Prover vid inläggning: CRP, LPK, SR och blododling.

## **Bakteriell tracheit**

### **Klinik**

Stridor som inte svarar på behandling med betapred eller adrenalin inhalationer. Vanligtvis feber och CRP-stegring men inte alltid.

### **Handläggning**

Obs pox övervakning och tidig narkosbedömning vid misstanke om trakeit. Intubation kan behövas för att bevara fri luftväg.

Inläggning med intravenös antibiotika förslagsvis **Cefotaxim 50 mg/kg d3**.

Överväg **iv Solu-Cortef samt inhalationer Micronefrin/Adrenalin**.

Ring öronkonsult/öronjour. Låt barnet svälta (se *svälttider*) inför skopi som vanligtvis utförs inom 12 h.

Prover vid inläggning: CRP, LPK, SR och blododling.

Medvetet avsteg från rutinen dokumenteras i Melior om rutinen är kopplad till patient. Övriga orsaker till avsteg från rutinen rapporteras i MedControlPRO.

## **Arbetsgrupp**

Katrin Adrian, vårdenhetsöverläkare, Akut korttidsavdelning barn, Verksamhet Medicin barn, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Område 1/SU

Mohammed Al-Azzawe, överläkare, Verksamhet Öron-, Näs- och Halssjukvård, Område 5/SU

Sofie Engvall Kraft, specialistläkare, Verksamhet Öron-, Näs- och Halssjukvård, Område 5/SU

Sumeyra Cinarli, specialistsjuksköterska, Akut korttidsavdelning barn, Verksamhet Medicin barn, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus, Område 1/SU

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Öron- Näs- och Halssjukvård,  
Verksamhet Medicin barn

**Innehållsansvar:** Katarina "Katrín" Adrian, (katad1), Överläkare

**Granskad av:** Mohammed Al-Azzawe, (mohal12), Överläkare

**Godkänd av:** Joanna Pestalozzi, (joape14), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9774-1570060579-896

**Version:** 2.0

**Giltig från:** 2025-03-11

**Giltig till:** 2027-03-11